<u>Meerjarenagenda antibioticaresistentie in de zorg</u>

Partijen zijn een ´Meerjarenagenda antibioticaresistentie in de zorg´ overeen gekomen met daarin heldere afspraken om de effecten van antibioticaresistentie op ziektelast en sterfte te voorkomen. Deze agenda richt zich nadrukkelijk op het realiseren van meer samenhang tussen de publieke gezondheidszorg, de eerste lijn, de tweede lijn en de langdurige zorg. Daarnaast bevat het sectorale afspraken. Het is van belang per sector een goede nulmeting te doen. Hierover worden met partijen afspraken gemaakt. Deze nulmeting wordt bij voorkeur kwantitatief van opzet, maar indien dit niet mogelijk is, kan een kwalitatieve opzet ook waardevol zijn.

Partijen hebben de ambitie om de missie, de doelen en de daaruit vloeiende meerjarenafspraken na te streven. Indien echter in de tijd blijkt dat het behalen van één of meerdere van deze doelen niet realistisch is, of vanuit de werkgroepen tijdig wordt aangegeven dat er een bijgestelde koers nodig is, kan gemotiveerd worden afgeweken van de afspraken. VWS zal dan – in overleg met partijen – het traject hier op bijstellen.

Deze meerjarenagenda bestaat uit:

Deel A- Sectoroverstijgende activiteiten
Deel B- Sectorale activiteiten

Deel A – sectoroverstijgende afspraken

Partijen hebben de volgende **speerpunten** voor ogen:

1. Organisatie en samenwerking in de keten
2. Richtlijnontwikkeling
3. Monitoring
4. Toezicht
5. Bekostiging
6. Betrokkenheid van de burger

Ad 1: Organisatie en samenwerking in een regionaal netwerk

Het gebruik van regionale netwerkstructuren ingebed in een landelijke netwerkstructuur kan het bestrijdingsbeleid optimaliseren, omdat daardoor een beter overzicht ontstaat van de aanwezigheid en beweging van resistente bacteriën binnen de netwerken. Ook ontstaat in een dergelijke netwerkstructuur uniformiteit van beleid over de diverse domeinen. Helderheid over hoe het is georganiseerd en wie er verantwoordelijk is voor de coördinerende taken is hierbij is van belang. Landelijke coördinatie wordt van het CIb verwacht.

Partijen hebben het volgende afgesproken: *´Per 2018 zijn er ongeveer 10 goed functionerende netwerken*[1]*, samen nationaal dekkend (met een integrale benadering van* ***ABR*** *vanuit openbare gezondheidszorg, eerste, tweede en derdelijnsgezondheidszorg) die conform een (door het veld gedragen) functieprofiel functioneren.'*

Daarvoor zal de komende jaren een aantal tussenstappen worden gezet, wat leidt tot de volgende meerjarenplanning.

In 2015 zijn de volgende resultaten bereikt:

- Er ligt een zorgbreed (publieke zorg, 1e lijn, thuiszorg, ziekenhuiszorg, verpleeghuiszorg) functieprofiel van een regionaal netwerk (taken, verantwoordelijkheden, noodzakelijke data voor surveillance). Het functieprofiel is bestuurlijk afgestemd met alle relevante samenwerkingspartners.

[1] Op basis van reeds bestaande natuurlijke netwerkstructuren in Nederland

- Op regionaal niveau zal afstemming plaatsvinden welke partij de regie voert over de gezamenlijke afspraken in het kader van de aanpak van antibioticaresistentie. Het gaat hier over afspraken over het registreren, monitoren, het delen van gegevens, samenwerken tussen instellingen[2] en zorgaanbieders[3], patientoverdracht en het nemen van maatregelen bij uitbraken.
- Er ligt een plan van aanpak voor de implementatie van een regionale netwerkstructuur, inclusief randvoorwaarden.

VWS zal - zodra de uitwerking van de werkgroepen adviezen daarover geven - aangeven welke publieke verantwoordelijkheden regionaal en nationaal moeten worden belegd;

- Er liggen in 2016 afspraken over de wijze waarop deze resultaten inzichtelijk kunnen worden gemaakt. Hiertoe doet de werkgroep netwerkstructuren een voorstel.

In 2018 zijn de volgende resultaten bereikt:

- Per 2018 zijn er ongeveer 10 goed functionerende netwerken[4], samen nationaal dekkend (met een integrale benadering van antibioticaresistentie vanuit openbare gezondheidszorg, eerste, tweede en derdelijnsgezondheidszorg) die conform een (door het veld gedragen) functieprofiel functioneren.'
- Nationale coördinatie en regie door een nader te bepalen organisatie [de werkgroep netwerkstructuren zal hierover adviseren] vindt plaats om kennis over nieuwe resistentievormen en best practices snel landelijk te delen.
- Bestuurders van instellingen uit eerste- tweede- en derdelijnsinstellingen verbinden zich aan de regionale werkwijze van het netwerk.
- Per 2018 is het mogelijk om via praktijkvariatie de verschillen tussen de verschillende regio's inzichtelijk te maken aan de hand van de transparantie afspraken die zijn gemaakt hierover.
- Het kennisniveau over infectiepreventie en antibioticaresistentie van artsen/ verpleegkundigen/verzorgenden/ paramedici zal voldoende aandacht moeten krijgen via opleidingen en nascholing. Infectiepreventie en zorgvuldig gebruik van antibiotica dient in het curriculum van de zorgopleidingen te staan. Training dient verzorgd te worden door een deskundige infectiepreventie of andere professionals met dergelijke kennis. In de werkgroep netwerkstructuren zal een voorstel gedaan moeten worden hoe dit te implementeren.

De komende periode wordt het volgende internationaal gericht beleid uitgedragen

- Tijdens het EU voorzitterschap zorgt de minister van VWS voor politiek commitment voor hardere afspraken over surveillance in de humane gezondheidssector[5], op basis van de evaluatie van het huidige EU Actieplan ABR.
- Er worden ter voorbereiding en onderbouwing op het EU voorzitterschap business cases opgesteld van best practices waaruit blijkt wat humane surveillance opbrengt voor infectieziektepreventie en zorgvuldig gebruik van antibiotica in de gezondheidssector. Bovendien wordt gebruik gemaakt van resultaten van onderzoeken naar de economische impact van ABR van OECD (oktober) en Wereldbank voor de onderbouwing van te maken afspraken.

---

[2] Met een instelling wordt bedoeld een rechtspersoon die bedrijfsmatig zorg verleent, een organisatorisch verband van natuurlijke personen die bedrijfsmatig zorg verlenen of doen verlenen, alsmede een natuurlijke persoon die bedrijfs-matig zorg doet verlenen, behoudens instellingen die eerstelijnszorg aanbieden.

[3] Met een zorgaanbieder wordt zorgaanbieders en professionals bedoeld die solistisch of in een organisatorisch verband eerstelijnszorg aanbieden.

[4] Op basis van reeds bestaande natuurlijke netwerkstructuren in Nederland

[5] De precieze invulling checken wij bij het ECDC

- Er wordt informatie gedeeld over het opzetten en verbeteren van surveillance systemen ABR en hulp aangeboden (Nederland is internationaal een goed voorbeeld; het RIVM is recent WHO Collaborating Centre voor ABR surveillance geworden)
- Langs de landsgrenzen wordt het Nederlandse beleid actief uitgedragen naar de buurlanden en wordt transparantie van de antibiotica resistentie problematiek nagestreefd.
- De relatie tussen de laboratoria en zorgverleners zoals we in Nederland kennen is een unique selling point. De komende jaren zal VWS zich inspannen andere landen in de EU deze werkwijze kenbaar te maken en aan te moedigen op dezelfde wijze maatregelen te nemen om de effecten van antibioticaresistentie op ziektelast en sterfte te beperken. Hier kan het European Network to promote Infection prevention (EUNETIP) ook aan bijdragen.

Ad 2: Richtlijnontwikkeling
Infecties, opgelopen in zorginstellingen zijn een van de belangrijkste oorzaken van vermijdbare gezondheidsschade en sterfte in de curatieve zorg. In de langdurige zorg is hier nog niet veel onderzoek naar gedaan. Mensen moeten kunnen rekenen op kwalitatief goede en veilige zorg. Infectiepreventie en zorgvuldig gebruik van antibiotica in de zorg zijn essentiële onderdelen van de aanpak. Infectiepreventie is van groot belang om het optreden en de verspreiding van infecties met resistente bacteriën tegen te gaan. Uitgangspunt hierbij is dat de introductie van een patiënt met een resistente bacterie weliswaar niet te voorkomen is maar dat dit niet meer mag leiden tot verdere verspreiding. Wanneer antibiotica wordt ingezet moet dit zo zorgvuldig mogelijk plaatsvinden. Dit leunt op goed uitvoerbare en op elkaar afgestemde richtlijnen.
Van belang is dat gestimuleerd wordt dat richtlijnen met betrekking tot infectieziektebestrijding multidisciplinair worden opgesteld, zodat er afgewogen wordt wat de meerwaarde kan zijn van labdiagnostiek bij infectieverdenkingen.

In 2016 zijn de volgende resultaten bereikt:
- Er ligt een breed gedragen programma op het gebied van multidisciplinaire richtlijnontwikkeling. Dit plan omvat:
    a. een overzicht van bestaande adequate sectorale standaarden en richtlijnen inzake hygiëne/infectiepreventie, of zorgvuldig antibioticagebruik en uitbraakmanagement[6];
    b. een overzicht van sectorale standaarden en richtlijnen die met prioriteit aangepast of herzien moeten worden
    c. een voorstel hoe richtlijnen in de toekomst beter wetenschappelijk onderbouwd kunnen worden en wat er voor nodig is om dat te bereiken.
    d. een overzicht van eventuele knelpunten in de praktijk bij de toepassing van richtlijnen en standaarden in de diverse sectoren;
    e. een voorstel voor organisatorische inbedding van richtlijnontwikkeling en financiering. Daarbij wordt onder meer gekeken naar de rollen van bestaande organisaties die richtlijnen ontwikkelen, zoals de WIP, de SWAB, Verenso en het NHG.
    f. alsmede een voorstel voor de implementatie;
- In 2016 heeft elke zorginstelling vastgelegd wie verantwoordelijk is voor de uitvoering en coördinatie van het antibiotic stewardship, inclusief het implementeren van richtlijnen en standaarden[7].

[6] **Epidemische verheffing/ uitbraak**: als bij twee of meer patiënten met een epidemiologische link dezelfde resistente bacterie is geïsoleerd. Bron: WIP richtlijn BRMO ziekenhuizen (*http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:46410&type=org&disposition=inline&ns_nc=1)*
[7] Er zijn door NVMM, VHIG en Verenso normen ontwikkeldvoor de benodigde inzet van deskundigen infectiepreventie ten behoeve van dit beleid.

In 2017 zijn de volgende resultaten bereikt:

- Antibiotica zullen zo goed mogelijk worden benut. Daarbij zijn de indicatiestelling, juiste dosering en duur van de behandeling, en een goede balans tussen empirisch voorschrijven en diagnostiek verrichten essentieel.
- Per 2017 zijn de belangrijkste richtlijnen ter preventie van zorginfecties en transmissie van (resistente) bacteriën actueel gereviseerd met toepassing van waar mogelijk het (practise) evidence-based principe.
- Per 2017 zijn de richtlijnen voor diagnostisch beleid m.b.t. multiresistente bacteriën actueel gereviseerd en is voorzien in borging van beide typen richtlijnen.
- Per 2017 hebben zorgaanbieders en zorginstellingen, indien mogelijk en van toepassing op het specifieke zorgterrein, concreet beleid op het voorkomen van het ontstaan van resistentie (bijvoorbeeld door antibiotic stewardship[8]) en het voorkomen van verspreiding.
- Per 2017 heeft iedere zorginstelling een outbreakprotocol met specifieke maatregelen per soort resistente bacterie.
- Per 2017 hebben alle zorginstellingen de basis infectiepreventiemaatregelen, handhygiëne, reiniging en desinfectie en isolatiebeleid geborgd.
- Bestuurders uit eerste- en tweede- en derderlijnsinstellingen zijn verantwoordelijk voor de implementatie van richtlijnen en standaarden en dragen dit ook uit binnen hun instelling.
- Met behulp van surveillance kunnen landelijke en regionale risicofactoren worden vastgesteld, kunnen actuele evidence-based multidisciplinaire richtlijnen worden doorontwikkeld en aangepast en wordt bijgedragen aan het ontwikkelen en bijstellen van beleid.

Tot slot is in 2018 elke richtlijn inzake hygiene/ infectiepreventie of zorgvuldig antibioticagebruik en resistente bacteriën voorzien van patiënteninformatie waarin duidelijk is wat het hebben van resistente bacteriën betekent (zowel dragerschap als de consequentie van een infectie) /Kiesbeter.nl en Thuisarts.nl voorziet in informatievoorziening over infectiebestrijding en antibiotic stewardship. NPCF en de (samenwerkende) richtlijnorganisaties werken dit uit.

Ad 3: Monitoring en surveillance

Voor surveillance is er behoefte aan landelijk gestandaardiseerde data. De gegevens die er zijn, zullen goed met elkaar gedeeld moeten worden. Door verbinding van de laboratorium surveillance met overige surveillance bronnen, en door het landelijk samenbrengen van regionale data, ontstaat sneller en beter inzicht in de epidemiologie en de bedreigingen voor de bevolking. Al die data kunnen helpen om op regionaal en landelijk niveau goede terugkoppeling te geven over de stand van zaken. Voor infectieziektebestrijding is snelheid (near real time surveillance) cruciaal om tijdig dreigende uitbraken te signaleren. Voor uniforme uitvoering en interpretatie van resistente bacterie gerelateerde surveillance activiteiten is een centrale regierol vereist. Landelijke coördinatie wordt van het CIb verwacht.

Beoogde resultaten 2016:

- Er ligt een inventarisatie van alle bestaande registraties zorgbreed, op instellingsniveau, regionaal en landelijk plus overzicht van de hiaten.
- Er ligt een integraal plan van aanpak waarin staat welke dataset noodzakelijk is, welke juridische belemmeringen er zijn, wat de bestaande datastromen en de huidige eisen en meerwaarde met oog op de algemene doelstellingen voor de publieke gezondheid en de

---

[8] *Antibiotic stewardship* is een internationaal omarmd concept van intramurale multidisciplinaire samenwerking om goed gebruik van antibiotica te bevorderen en onjuist gebruik af te laten nemen, met als doelen verbetering van de *patient outcome*, verbetering van de kosteneffectiviteit van de behandeling en terugdringenvan de nadelen van antibioticagebruik, waaronder resistentie..

curatieve zorg zijn. Expertise over resistente bacteriën, maar ook ICT, epidemiologie, dataverwerking en disseminatie is hierbij noodzakelijk. Het plan van aanpak wordt ingebracht in het Informatieberaad.

- De betrokkenheid bij en governance van het surveillance systeem en de mogelijkheid tot inzien van informatie is geborgd tussen raden van bestuur van zorginstellingen, regionale GGD's en de vele andere zorgverleners en laboratoriumspecialisten en worden vastgelegd in een convenant. Met name de regierol binnen de instelling, op regionaal en landelijk niveau om over surveillance bindende afspraken met elkaar te maken heeft prioriteit. Vaststellen wie binnen een instelling verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de data, het delen ervan en het ondernemen van actie op basis ervan.

Beoogde resultaten langere termijn:

- Per 2017 is, waar mogelijk, in alle instellingen de ontwikkeling, de uitvoering en coördinatie van het antibiotic stewardship geborgd. Daarbij worden de aanbeveling van de Gezondheidsraad, om antibiotic stewardship te verbreden naar het preventief gebruik van antibiotica (profylaxe)meegenomen.
- Per 2017 beschikken alle zorgnetwerken over een protocol voor het vastleggen van data over antibioticagebruik.
- Per 2017 heeft iedere zorginstelling een protocol voor surveillance van resistente bacteriën.
- Er is per 2018 in alle zorgnetwerken een uniform en reproduceerbaar zicht op het antibiotica gebruik in relatie tot de aandoening, en de status van infectiepreventie, waarbij alle zorgaanbieders en zorginstellingen meewerken aan de oplevering van eenduidige en transparante data en eisen die vanuit het netwerk worden gesteld.
- In 2017 worden alle infectie-uitbraken, ongeacht locatie (ziekenhuis, verpleeghuis, verzorgingshuizen, GGZ-instelling en/of GZ-instelling) binnen 24 uur gemeld aan een nader te bepalen organisatie [de werkgroep netwerkstructuren zal hierover advies uit brengen]. Hierbij wordt aangesloten bij de afspraken die er al over zijn (SO-ZI/AMR).
- Antibioticaresistentie gerelateerde gegevens zijn zichtbaar voor alle bij de patiënt betrokken instituten. Daarbij wordt rekening gehouden met bestaande privacy wet- en regelgeving.
- Door surveillance wordt het evalueren van interventies ondersteund, en kunnen internationale rapportages geleverd worden voor EU en globale surveillance. Dit laatste is van belang omdat het inzicht creëert in internationale benchmarking en verspreiding van risico's/dreigingen.

Ad 4: Toezicht
Uit onderzoek van de IGZ blijkt dat de naleving van de richtlijnen voor infectiepreventie in de ziekenhuizen en de verpleeghuizen verbetering behoeft, maar ook dat snelle verbetering mogelijk is. Van belang is ook dat de verbetering leidt tot blijvende verhoging van bewustzijn en verbetering van de kwaliteit van zorg.

Beoogde resultaten in 2016:

- De IGZ heeft een helder toezichtskader voor antibioticaresistentie opgesteld en past dat toe. Toezicht op Antibiotic Stewardship in ziekenhuizen maakt hier onderdeel van uit.
- De IGZ zal ook voor de langdurige zorg en de eerste lijn het toezicht(skader) voor antibioticaresistentie verder ontwikkelen.
- De IGZ zal samen met het veld parameters ontwikkelen zodat ook kan worden toegezien op uitkomsten.

Ad 5: Bekostiging
Op dit moment lopen o.a. binnen de microbiologie en infectiepreventie publieke en curatieve taken door elkaar waardoor adequate bekostiging niet altijd is geborgd. Daarbij zijn er in het kader van de

antibioticaresistentie ook belangrijke preventieve taken, waarvan nu niet duidelijk is vanuit welke bron (premie-gelden of VWS begroting) deze vergoed dienen te worden. Hieruit komen een aantal acties naar voren.

Beoogde resultaten in 2016:

- Een overzicht van de preventieve activiteiten die nu niet door de zorgverzekeraars vergoed worden, zoals inzet deskundigen infectiepreventie. Antibiotic stewardship (hiervoor een landelijk format in de maak) wordt uitgebreid met stewardship in verpleeghuizen en 1e lijn, zoals kweken aan de poort/ kweken van clienten die in een buitenlands ziekenhuis zijn verbleven.
- Een overzicht van de publieke taken die worden verwacht in een goed functionerend netwerk en waar de huidige bekostiging in het stelsel dit niet goed ondersteunt en tevens de effecten op het doen van (extra) diagnostiek en extra preventie in overdracht in relatie tot het publieke belang
- Voor de langdurige zorg is er inzicht in de extra middelen die nodig zijn en is er overeenstemming over de financiering van ABR activiteiten

Beoogde resultaten in 2017:

- Heldere bekostigingsystematiek voor zowel de publiek als curatieve taken

Ad 6: Betrokkenheid van de burger
Naast instellingen en professionals hebben ook burgers, al dan niet zelf als patiënt of cliënt, een verantwoordelijkheid in de aanpak van antibioticaresistentie. Een groter bewustzijn is nodig om hier invulling aan te geven, te beginnen door de kennis en bewustheid van zorgvuldig gebruik van antibiotica en hygiëne bij burgers te verhogen. Hierbij dient onderscheid gemaakt te worden naar verschillende doelgroepen.

Beoogde resultaten in 2015:

- In 2015 de burger wordt actief geïnformeerd over het belang van goede hygiëne en hoe verspreiding van resistente bacteriën kan worden voorkomen.
- In 2015 is er communicatie met burgers over zorgvuldig gebruik van antibiotica in de huisartspraktijk, bij de apotheek en in de wachtkamer in het ziekenhuis.

Beoogde resultaten in 2016:

- In 2016 is er communicatie tussen professionals en patiënten (mbv voorlichtingsinformatie) over wat zij zelf kunnen doen aan de aanpak van antibioticaresistentie en wat het belang daar van is.
- In 2016 kan de burger via websites voor betrouwbare informatie terecht (1) hoe verspreiding van bijzonder resistente bacteriën te voorkomen, (2) welke landen risico geven op bepaalde typen resistente bacteriën en wat de consequenties zijn als deze ziekte wordt opgelopen.

Deel B – sectorale afspraken
Naast sectoroverstijgende verbeteringen dienen er ook sectorale verbeteringen aangebracht te worden. Daarbij is het goed te realiseren dat in de diverse sectoren in het verleden diverse programma´s hebben gelopen op onder meer het terrein van patiëntveiligheid en infectiepreventie. De uitgangspositie is derhalve verschillend voor de diverse domeinen.

Verpleeghuiszorg
Voor 2013 werd de hygiëne en infectiepreventie in verpleeg- en verzorgingshuizen vooral gezien als een verantwoordelijkheid van professionals en organisaties voor de kwaliteit van zorg. Rapporten van de IGZ die de bewindspersonen ontvingen werden steeds gevolgd door overleg met Actiz en

Verenso over het feit dat hier een grotere bestuurlijke bemoeienis nodig is. Bestuurders hebben te maken met omvangrijke veranderingen in de zorg. Behalve dat de maatschappelijke verwachtingen over deze zorg steeds meer veranderen worden zij ook geconfronteerd met ingrijpende hervormingen geïnitieerd door de overheid. Het IGZ rapport over de stand van zaken in deze is 30 april 2015 naar de Tweede Kamer gestuurd. Het lijkt erop dat beleid op het gebied van hygiëne en resistentie niet altijd de noodzakelijke prioriteit heeft gehad. Niet alleen vanuit het belang van de mensen die in deze instellingen verblijven, maar ook vanuit het publieke belang, is het nodig dat dit beleid op een hoger niveau komt. Daarom is extra bestuurlijke betrokkenheid, gerichte bekostiging en meer actie en beter resultaat nodig.

Eind 2016

- Een programma om de hygiëne en infectiepreventie op een hoger niveau te brengen is in uitvoering;
- Een of twee pilots zijn gestart om microbiologische kennis structureel toe te voegen aan de verpleeghuiszorg; deze pilots leveren kennis over de wijze waarop dit efficiënt en effectief kan, evenals welke voorwaarden hiervoor nodig zijn;
- De richtlijnen over de meest voorkomende infecties worden opgesteld of aangepast op basis van de laatste inzichten om resistentie te voorkomen of worden gemaakt ;
- Er liggen door de sector geaccordeerde richtlijnen ten aanzien van uitbraakmanagement;
- Er is een plan in de instellingen in de langdurige zorg om bovenstaande richtlijnen te implementeren en het gebruik te borgen;
- Is er een plan van aanpak hoe de richtlijnen voor de meest voorkomende infecties en de richtlijnen uitbraakmanagement in twee opvolgende jaren kunnen worden ingevoerd en het gebruik ervan geborgd;
- Onderzocht zal worden hoe antibiotic stewardship binnen de verpleeghuiszorg vorm gegeven en geborgd kan worden.
- Er wordt een onderzoek opgestart naar het (onnodig) gebruik van antibiotica in de verpleeghuiszorg, de onderbouwing van empirisch behandelen en de meerwaarde van laboratoriumonderzoek waardoor mogelijk meer gerichte behandeling kan worden ingezet.

Eind 2017

- Is het hygiëne en infectiepreventie programma voor verpleeghuizen afgerond;
- De instellingen in de langdurige zorg verantwoorden zich over de resultaten op dit gebied;
- Voeren de verpleeghuizen hun rol in de regionale netwerken uit;

<u>Ziekenhuizen</u>

Om de veiligheid van de patiëntenzorg te vergroten en te borgen is in de ziekenhuissector in de periode 2008-2012 afgelopen jaren een landelijk VMS veiligheidsprogramma uitgevoerd,. Infectiepreventie vormde binnen dat programma een belangrijk speerpunt, omdat zorggerelateerde infecties kunnen leiden tot langere ligduur, complicaties en ook onnodige zorgkosten. Het programma heeft geresulteerd in een aanzienlijke reductie van zorggerelateerde schade en sterfte in de sector.
De afgesproken doelstellingen op de twee deelthema 's rondom infectiepreventie, te weten het terugdringen van lijnscepsis en postoperatieve wondinfecties, zijn nog niet behaald. Over het alsnog realiseren van deze doelstellingen zijn inmiddels afspraken gemaakt met de sector in het kader van het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg.

Uit verschillende landelijke onderzoeken en evaluaties is bekend dat aantoonbare verbetering van hygiëne en infectiepreventie in de ziekenhuizen nodig is om de patiëntveiligheid verder te kunnen vergroten en te borgen. In de vierde landelijke monitor zorggerelateerde schade die in de ziekenhuizen wordt uitgevoerd is infectiepreventie om die reden een belangrijk speerpunt. De

uitkomsten van de monitor komen eind 2017. De inzet op transparantie van veld en beleid zal bijdragen aan het bereiken van de beoogde resultaten.

Beoogd resultaat 2015

- In alle ziekenhuizen wordt een voor alle geledingen zichtbaar beleid gevoerd ten aanzien van hygiëne, sterilisatie en desinfectie, surveillance, screening aan de poort, isolatie en laboratoriumdiagnostiek. Het ziekenhuisbestuur is hiervan op de hoogte en stuurt actief op infectiepreventie en voorschrijfbeleid. De IGZ houdt hier actief toezicht op.
- Zo nodig is daarvoor een infectiepreventiecommissie actief, die een adviserende rol heeft

Eind 2016

- In alle ziekenhuizen moet een structuur aanwezig zijn die het antibiotic stewardship coördineert en bewaakt.
- Alle ziekenhuis bestuurders voeren actieve monitoring en sturing op antibioticabeleid, voorschrijfgedrag en beleid bij uitbraken in hun instelling feedback, monitoring en sturing daarop is geregeld. De IGZ houdt daar actief toezicht op.
- Alle ziekenhuizen nemen deel aan de op te richten regionale netwerken.
- Alle ziekenhuizen nemen deel aan de modules Incidentieonderzoek Postoperatieve Wondinfecties en Incidentieonderzoek Lijnsepsis, zoals van het PREZIES-netwerk.

Eerste lijn

In de eerstelijn heeft het landelijke programma ‘Zorg voor Veilig’ gelopen rondom veiligheidsrisico’s in de eerste lijn, waaronder infectiepreventie, hygiëne en de risico’s van informatieoverdracht. Opbrengst van dit programma bij alle beroepsgroepen in de eerste lijn is toename van het veiligheidsbewustzijn en opname van veiligheidsthema’s in praktijkaccreditatie, in indicatorensets en bij- en nascholing. In het bestuurlijk overleg eerste lijn worden afspraken gemaakt over het verder werken aan en verbeteren van patiëntveiligheid.

Beoogde resultaten

- De huisartsen en andere eerstelijns voorzieningen nemen deel aan regionale netwerken
- Onderzocht zal worden hoe antibiotic stewardship binnen de eerstelijns gezondheidszorg vorm gegeven en geborgd kan worden. Er wordt een onderzoek opgestart naar het (onnodig) gebruik van antibiotica in de huisartspraktijk, de onderbouwing van empirisch behandelen en de meerwaarde van laboratoriumonderzoek waardoor mogelijk meer gerichte behandeling kan worden ingezet